



PROGRAMA DE VACUNACIÓN DEL ESTADO DE CAROLINA DEL SUR:  
FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD PARA LAS PERSONAS CON SEGURO MÉDICO

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Número de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular y número de identificación de la póliza: \_\_\_\_\_

**Categorías de elegibilidad para las personas con seguro médico para recibir vacunas a través del Programa Estatal de Vacunación**

**La vacuna del virus de la papiloma humana (VPH) está *excluida* del programa estatal de vacunación.**

Marcar la(s) casilla(s) correspondiente(s) con respecto a la elegibilidad para recibir vacunas a través del programa estatal de vacunación:

**Proveedores que no tienen aprobación federal [en inglés: non FQHC] / No son centros de salud rurales [non RHC]:**

- Tiene seguro, pero la cobertura no incluye las vacunas (*seguro insuficiente*);
- Tiene seguro, pero la cobertura cubre sólo ciertas vacunas (cumple con los requisitos para recibir vacunas a través del programa estatal pero sólo las vacunas que no están cubiertas por el seguro) (*seguro insuficiente*)

Todos los proveedores: (*Esta sección incluye a todos los proveedores inscritos en el Programa Estatal de Vacunación*)

- Deducible de seguro médico de  $\geq$  \$250.00 por niño o  $\geq$  \$500.00 por familia (elegible para recibir vacunas estatales sólo si no se ha completado el deducible o si la familia no puede pagar la vacuna) (**Estrechez económica del asegurado**)
- Tiene seguro, pero la cobertura tiene un límite fijo y se ha excedido este límite (**Límites sobre las vacunas**)

**NOTA:**

**A los niños que no sean elegibles para el programa federal de vacunación VFC ni para el programa estatal se les debe administrar vacunas compradas con fondos privados.**

Por medio del presente, reconozco que la información que doy aquí es correcta y veraz. Autorizo a DHEC para verificar cualquier información contenida en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de cuidado médico/empleo designado

\_\_\_\_\_  
Fecha